

메디케어 비용 유보 프로그램 신청

워싱턴주 보건사회부(DSHS)에는 귀하의 메디케어 비용의 일부를 지원해 주는 프로그램들이 있습니다. 이들 프로그램들은 메디케어 파트 A에 가입할 자격이 있거나 가입한 사람들이 이용할 수 있습니다.

QMB

메디케어 수혜 책임자
(Qualified Medicare Beneficiary)

이 프로그램은 한정된 자산과 연방정부영세민소득수준 (FPL: Federal Poverty Level)이 100% 혹은 그 미만인 사람으로서 메디케어 파트 A를 수혜할 자격이 있는 사람들이 이용할 수 있습니다. QMB 프로그램은 필요할 경우 메디케어 파트 A를 지불하며, 메디케어 파트 B의 보험료, 메디케어 공제금과 공동 보험료 및 코페이(co-payments)를 부담합니다.

SLMB

저소득층용 메디케어 수혜자
(Specified Low-Income
Medicare Beneficiary)

이 프로그램은 한정된 자산과 연방정부 영세민소득 수준(FPL)이 100%에서 120% 내에 드는 사람으로서 메디케어 파트 A 수혜 자격이 있는 사람들이 이용할 수 있습니다. SLMB 프로그램은 메디케어 파트 B 보험료만 제공해 줍니다.

기별적임프로그램 (Qualified Individual (Q-1) - ESLMB)

저소득층 확장 메디케어 수혜자
프로그램
(Expanded Specified Low-Income
Medicare Beneficiary)

이 프로그램은 한정된 자산과 연방정부 영세민소득 수준(FPL)이 120%에서 135%내에 드는 사람으로서 메디케어 파트 A 수혜 자격이 있는 사람들이 이용할 수 있습니다. 메디케어 수혜 자격이 없으면 QI-1을 수혜할 수 없습니다. QI-1 프로그램은 메디케어 파트 B 보험료만 제공합니다. 본 프로그램 보조금은 한정돼 있습니다.

수혜자격

1. 반드시 메디케어 파트 A와 B 수혜 자격기준에 들어야 합니다.
2. 은행구좌, 증권 및 주식 등과 같이 갖고 있는 자산이 1인 \$4,000미만, 부부 \$6,000미만 내에 들어야 합니다. 배우자의 자산과 수입은 배우자가 메디케어를 수혜하고 있지 않고 또는 혜택을 신청하지 않는다 하더라도 가산됩니다.
3. 소득(수입)은 반드시 각 프로그램의 소득수준 범위내에 들어야 합니다. 이들 소득수준 범위는 매년 바뀝니다.
4. 이들 혜택에 대한 신청과 추가 문의사항은 거주지의 DSHS 사무처(CSO)로 연락하십시오. 거주지와 가까운 CSO 전화번호는 전화번호부의 주정부 기관 페이지인 **Social and Health Services** 혹은 **Community Services Office** 란을 확인하면 알 수 있습니다.

신청방법

1. 동봉해 드린 QMB, SLMB 및 QI-1 (혹은 ESLMB) 프로그램 신청서를 작성합니다.
2. 귀하의 빨강색, 흰색, 파란색의 메디케어 카드(앞과 뒤)와 신분증(ID) 사본을 첨부합니다. 또한 귀하에게 다른 의료보험이 있으면 해당 의료보험 카드도 앞 뒤로 복사하여 첨부합니다. 요구하는 첨부물은 반드시 **원본이 아닌 사본을 보내십시오.**
3. 상기에서 말한 신청서와 요구한 첨부물 사본 등을 귀하의 지역에 있는 보사부 CSO로 우송합니다.
4. DSHS에서 귀하의 신청서를 접수한 후 업무를 완결하는 데에는 약 45일이 걸립니다. 20일이 지나도 DSHS로부터 아무런 연락이 없으면 귀하의 사무처(CSO)로 연락하여 귀하의 신청서에 관해 문의하도록 하십시오.

정부보조금, 의료지원 혹은 식품지원이 필요하다면 다른 신청서를 작성하셔야 합니다. 보사부 사무처(CSO)로 연락하시면 해당 서류를 우송해 드릴 것입니다.

본인은/우리들은 다른 의료보험을 갖고 있습니다. 예 아니오

예라고 포기하셨으면 해당 의료보험과 의료보호대상자를 기입하십시오.

지난 3개월 간 메디케어 파트A 혹은 파트 B에 대한 메디케어 보험료를 지불하셨습니까? 예 아니오
 '예'에 해당될 경우 지불한 해당 달을 말씀해 주십시오.

소득

본 신청서에 포함시킬 모든 사람에 한해 소득(수입)이 있을 경우 아래에 기재하십시오. 소득(수입) 금액은 공제하기 이전의 총소득(세금 혹은 의료혜택공제금)을 기재하셔야 합니다. 소득(수입)에는 다음이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.

- 임금
- 자영업
- 커미션
- 방값 및 숙박비/임대비
- 철도수당
- 사회보장혜택 보장금
- 재향군인 수당
- 별거수당
- 실직 혹은 근로수당
- 생계보조비(SSI)/ 정부보조금
- 연금/퇴직금
- 이익배당금/이자
- 기타

성명	고용주 혹은 소득(수입) 출처	공제전의 총금액	수령 빈도수

자산

A. 본인의 자산은 일인 \$4,000 /부부 \$6,000 미만에 듭니다. 자산에는 귀하의 자택과 자동차를 제외한 은행구좌, 예금증서, 저축채권, IRA(개인퇴직구좌), 주식 및 증권, 투자신탁, 현금 및 부동산이 포함됩니다. 예 아니오

예라고 포기하셨으면 해당 사항을 아래에 기재하십시오.

해당 자산의 소유주 성명	해당 자산의 종류/계좌 번호	현행가치

B. 귀하나 귀하의 배우자는 자동차나 기타 차량(트럭, 보트, 이동 주택차, 모터사이클, 캠프용 자동차/트레일러)을 소유하고 있거나 매입 중입니까? 예 아니오

예라고 표기하셨으면 아래 내용을 기입하십시오.

차량 소유주 성명	해당 차량	연도	제조/차량모델	진료를 위한 왕래시 차량을 사용함	현금가치	값아야 할 차량잔금
				예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		
				예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		
				예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		

C. 귀하나 귀하의 배우자에게 보험계약시 받을 수 있는 금액이 \$1,500.00 이상되는 예 아니오 생명보험이 있습니까? 또한 장래 보험이나 장래계획이 있으면 기재하십시오.

예라고 표기하셨으면 아래 내용을 기입하십시오.

해당 보험주 성명	보험회사명과 보험약관 번호	액면상의 가치	보험계약시 반환금	보험 적용대상자

자세히 읽은 후 서명하십시오

본인은 다음 사항을 이해합니다.

- 본인은 자신에 대한 변경사항을 서신 혹은 전화로 반드시 보건사회부(DSHS)에 통보해야 합니다. 변경 사항을 제 때하지 않으면 혜택을 부당하게 받은 것으로 취급될 수 있습니다.
- 본인에 대한 상황은 DSHS에 의해 혹은 주정부나 연방정부 산하 기관에 의해 확인될 수 있습니다.
- 혜택 지원에 대한 자격은 증빙서류 요청시 반드시 제공해야 합니다. DSHS는 본인의 증빙서류 입수를 위해 도와줄 수 있으며, 타인이나 다른 기관에 이를 위해 연락할 수 있습니다.
- 의료보호혜택을 신청하거나 수혜함은 모든 의료지원과 제 삼자가 지불하는 의료비에 대한 본인의 권리를 워싱턴 주정부에게 위임하는 것입니다.

선서와 서명

본인은 이 신청서에 있는 내용을 읽었으며 이 내용을 이해합니다. 본인은 위증시 처벌을 받는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 모든 정보는 본인이 아는 바로는 진실하고 정확하게 작성되었음을 선언합니다.

신청인의 서명		날짜
배우자의 서명		날짜
신청인을 도와 준 사람의 서명	해당 기관	날짜

